



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN  
GINECOOBSTETRICIA # 4,"LUIS CASTELAZO AYALA"  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“REPORTE HOSPITALARIO DE LA ADMINISTRACION DE LA  
DINOPROSTONA GEL EN LA UMAE. “LUIS CASTELAZO AYALA”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN:  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

**DR. CÉSAR GONZÁLEZ RAMÍREZ**

ASESORES DE TESIS

**DRA. ROSA MARIA ARCE HERRERA**

Jefe del Servicio de Unidad de Tococirugía

**DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ CHEQUER**

Jefe de la División de Investigación en Salud



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN  
GINECOOBSTETRICIA # 4,"LUIS CASTELAZO AYALA"  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“REPORTE HOSPITALARIO DE LA ADMINISTRACION DE LA  
DINOPROSTONA GEL EN LA UMAE. “LUIS CASTELAZO AYALA”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN:  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

**DR. CÉSAR GONZÁLEZ RAMÍREZ**

ASESORES DE TESIS

**DRA. ROSA MARIA ARCE HERRERA**

Jefe del Servicio de Unidad de Tococirugía

**DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ CHEQUER**

Jefe de la División de Investigación en Salud

**Tesis autorizada por el Comité Local de Investigación con número de registro**

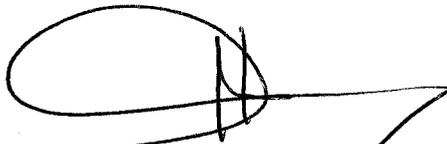
**R- 2008-3606-23**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE, HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4  
"LUÍS CASTELAZO AYALA"

**"REPORTE HOSPITALARIO DE LA ADMINISTRACION DE LA  
DINOPROSTONA GEL EN LA UMAE. "LUIS CASTELAZO AYALA"**

Tesis autorizada por el Comité Local de Investigación con número de registro

R- 2008-3606-23



---

**Dr. Gilberto Tena Alavez**  
Director General

Hospital de Gineco obstetrícia "Luis Castelazo Ayala"  
Instituto Mexicano del Seguro Social



---

**Dr. Carlos E. Morán Villota**

Director de Educación e Investigación en Salud  
Hospital de Gineco obstetrícia "Luis Castelazo Ayala"  
Instituto Mexicano del Seguro Social



---

**Dra. Rosa María Arce Herrera**

Jefe del servicio de obstetricia de UTQ  
Hospital de Gineco obstetricia "Luis Castelazo Ayala"  
Instituto Mexicano del Seguro Social



---

**Dr. Juan Carlos Martínez Chequer**

Jefe de la División de Investigación en Salud  
Hospital de Gineco obstetricia "Luis Castelazo Ayala"  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## **Dedicatoria**

A mis padres que me enseñaron a creer en mis sueños  
Y me ayudaron a alcanzarlos con amor, paciencia y  
Comprensión siendo siempre mi pilar.  
Gracias por creer en mí.  
Los amo.

A mis hermanos por el apoyo y confianza  
Depositados en mí.

A mi esposa y mis hijos por la felicidad que me  
Brindan y por su amor incondicional.  
Los amo.

## **Agradecimiento**

Dra. Rosa María Arce Herrera  
Por ser un ejemplo en  
Mí formación y guiarme en la elaboración  
Del presente trabajo.  
Gracias.

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer  
A mi gran maestro que gracias a él,  
Es posible el análisis estadístico de la presenta tesis  
Y por la amistad que me brinda

## Índice

Resumen	1
Introducción	2
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Metodología	7
Análisis estadístico	9
Aspectos éticos	10
Resultados	11
Discusión	13
Conclusiones	14
Bibliografía	15
Anexos	16

## **REPORTE HOSPITALARIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA DINOPROSTONA GEL EN LA UMAE. “LUIS CASTELAZO AYALA”.**

**Arce-Herrera Rosa María<sup>1</sup> Martínez-Chequer Juan Carlos<sup>2</sup> González-Ramírez César<sup>3</sup>  
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) 4 “Luis Castelazo Ayala”.**

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Reportar la experiencia hospitalaria de la administración de dinoprostona en gel 0.5 mg, porcentaje de partos y/o cesáreas, números de dosis aplicadas y el tiempo transcurrido durante el trabajo de parto en las embarazadas que resolvieron su embarazo mediante parte u operación cesárea.

**Diseño de estudio:** Observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo.

**Material y métodos:** Se revisaron 400 expedientes a quienes se les administro dinoprostona gel 0.5 mg intracervical, para maduración cervical. Se incluyeron a todas las mujeres que tenían embarazo de término y producto vivo, se excluyeron aquellas que presentaron intolerancia y/o alergia a la dinoprostona, y se eliminaron a las pacientes con inexistencia del expediente ó expedientes incompletos. Se utilizo la prueba no paramétrica de comparación entre 2 grupos independientes (U de Mann-Whitney) toda vez que las distribuciones entre los grupos de primigestas y multigestas no siguieron una representación uniforme en ninguno de los casos, incluyendo el parto y la cesárea. Se considero valor <0.005 como significativo desde el punto de vista estadístico.

**Resultados:** De un total de 400 pacientes considerando la vía de resolución del embarazo el 32% se sometió a cesárea y el 68% evoluciono a parto; con respecto a la paridad el 63% fueron primigestas y el 37% multigestas. De acuerdo a las dosis aplicadas, las primigestas que se les realizo cesárea requirieron mayor número de dosis comparadas con las de parto, lo cual no fue similar en las multigestas donde en las de parto se aplicaron mayor número de dosis. En referencia al tiempo transcurrido desde la primera dosis hasta el nacimiento se observo que en las primigestas con cesárea requieren mayor tiempo que las de parto presentando una situación similar las multigestas.

### **Conclusiones:**

Con el uso de dinoprostona gel intracervical se obtuvo mayor porcentaje de partos. Considerando el número de dosis aplicadas y la paridad requieren mayor número de dosis las primigestas que culminaron en cesárea y las multigestas que evolucionaron a parto. El tiempo transcurrido desde la primera dosis hasta el nacimiento fue mayor en las que se les realizo cesárea

**Palabras clave:** Dinoprostona gel, maduración cervical.

<sup>1</sup> Jefe del Servicio de Unidad de Tococirugía UMAE 4 IMSS

<sup>2</sup> Jefe de la División de Investigación en Salud UMAE 4 IMSS

<sup>3</sup> Médico residente del Curso de Especialización en ginecoobstetricia UMAE 4 IMSS

## INTRODUCCIÓN

El útero es un órgano con aspecto de pera aplanada que se localiza en la cavidad pélvica entre la vejiga en su cara anterior y el recto en la posterior, consta de cuerpo - con predominio de tejido muscular-, endometrio y cuello que es la porción caudal que protruye hacia la vagina y está limitado en su extremo cefálico con el orificio cervical interno y en el caudal por el externo a través de un paso estrecho llamado conducto endocervical. (1) Tiene forma cilíndrica y su tamaño es de casi 2 cm de longitud, por 0.5-1.0 cm. de ancho. Consta de 10 a 15% de músculo liso en promedio, y el resto corresponde a tejido conectivo. El estroma subyacente es predominantemente de matriz de tejido conectivo extracelular, y contiene: colágena de tipo I, III y IV, agua, glucosaminoglucanos, proteoglicanos, dermatansulfato, ácido hialurónico, sulfato de heparina, fibronectina y elastina. Sus fibras elásticas son de 2 a 4  $\mu\text{m}$  de ancho y se localizan entre haces de fibras colágenas en una banda de 20 a 30  $\mu\text{m}$  de grosor y paralela a un plano que va del orificio externo al interno bajo el epitelio de la porción vaginal y bajo el epitelio del conducto endocervical en el orificio externo y son muy delgadas en comparación con las de otro tejido. Es importante el hecho de que la relación entre elastina y colágena es máxima en la región del orificio interno, lo que indica que hay más fibras elásticas que colágena. La máxima cantidad de músculo liso se encuentra apenas abajo del orificio interno, que mengua hacia el orificio externo. (1)

Estos importantes cambios son resultado de un proceso bioquímico complejo en el que participan muchas vías y una redistribución y alineamiento de la colágena. Durante el embarazo el cérvix sufre cambios significativos, la colágena se reorganiza y consolida con proliferación e hiperplasia de sus componentes celulares. Conforme se acerca el término, múltiples factores trabajan juntos en interacciones complejas que causan dispersión de la colágena y maduración cervical lo que conduce a una eventual maduración cervical. Conforme la colágena se dispersa, el ácido hialurónico, las citocinas, las colagenasas y elastinas, actúan conjuntamente para permitir el borramiento cervical uterino. Posteriormente, las fuerzas mecánicas de las contracciones uterinas, actúan sobre la elastina produciendo la dilatación, en esta los niveles de citocinas y de ácido hialurónico disminuyen, lo que permite que la actividad colagenolítica disminuya y el cérvix empiece su proceso de reparación. (1) El sistema de cuantificar los cambios del cérvix ha sido buscado por años en un intento de pronosticar la duración del trabajo de parto y determinar qué pacientes podrían tener un

trabajo de parto con éxito y sin peligro. Los métodos más tempranos de la valoración del cérvix usaron atributos físicos del cérvix para clasificar favorable y los cérvix desfavorables. Estos métodos todavía son usados hoy en día en la práctica general, siendo el más habitual el desarrollado por Bishop. Este sistema y sus muchas modificaciones tienen en cuenta la dilatación del cuello del útero, el borramiento, la consistencia, y la posición, y la estación de la parte de la presentación. A pesar de algunos intentos en la modificación para mejorar la previsibilidad del puntaje de Bishop, nada ha demostrado ser superior por lo que sigue siendo la herramienta más útil para decidir la inducción del trabajo de parto.(2) No obstante, ante la dificultad que se presenta en muchos casos para lograr el desarrollo del trabajo de parto y ante la necesidad imperiosa de disminuir la práctica operatoria obstétrica, la inducción del trabajo de parto es una alternativa y para ello se han utilizado entre otras sustancias a las prostaglandinas ya que son agentes oxitócicos potentes, introducidos a finales del decenio de 1960. (6) De ellas, las prostaglandinas E<sub>2</sub> ( ) y F<sub>2</sub> $\alpha$  (PGF<sub>2</sub> $\alpha$ ) han sido las más utilizadas debido a su capacidad para regular los componentes de la matriz extracelular, aumentar los componentes y la actividad de los glucosaminoglucanos y otros eventos que en suma permiten reblandecer un cuello inmaduro situación indispensable para el desarrollo del trabajo de parto normal. Las prostaglandinas se han utilizado por vías endovenosa, oral, vaginal, intracervical y extraovular para inducir el trabajo de parto. En el decenio de 1970 se presentaron por primera vez la administración endovenosa y oral de diversos preparados de prostaglandinas en tanto que la vía transvaginal ganó popularidad a principios del decenio de 1980. (6) En nuestro hospital se utiliza la PGE<sub>2</sub> (dinoproston) desde hace más de una década pero en el momento actual se desconoce si su utilización continúa apegada a la valoración cervical previa, en virtud de la alta tasa de operación cesárea que se observa (más del 50% de los nacimientos en 2007) (Infogineco 4 vol. 1(2); 2007).

Un meta-análisis referente a la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto en pacientes con una cesárea previa que incluyó 19 estudios reportó que la incidencia de disrupción de la cicatriz uterina, incluidos los síntomas de ruptura uterina y dehiscencia de la cicatriz en los embarazos en los que se utilizó prostaglandina E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>) (dinoproston) para la maduración cervical fue de 1,65%. En forma específica el análisis de 10 estudios que a su vez compararon la incidencia de la separación de la cicatriz uterina entre 1682 pacientes expuestos a PGE<sub>2</sub> y 11.097 pacientes que se sometieron a trabajo de parto en forma espontánea, mostraron que no hubo diferencias

en la dehiscencia de la cicatriz entre las mujeres que recibieron PGE2 para la maduración cervical en comparación con aquellas que fueron sometidas a trabajo de parto espontáneo (1,6% vs 1,23%, OR: 1,46, IC 95% 0,96-2.22) (8). Apoyado por estudios posteriores no incluidos en este meta-análisis, sugiere que la maduración cervical con PGE2 en mujeres con cesárea previa es también una opción segura. (7)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la experiencia con la administración de dinoprostona gel en la UMAE .”  
Luis Castelazo Ayala”?

## **OBJETIVOS**

**GENERAL:** Reportar la experiencia hospitalaria con la administración de dinoprostona en gel 0.5 mg en la UMAE “LUIS CASTELAZO AYALA”.

### **Específicos:**

- 1.- Conocer el porcentaje de partos y/o cesáreas consecutivos a la administración de dinoprostona.
- 2.- Conocer el número de dosis aplicadas a las embarazadas que resolvieron su embarazo mediante parto u operación cesárea.
- 3.- Conocer el tiempo transcurrido durante el trabajo de parto en las embarazadas que resolvieron su embarazo mediante parto u operación cesárea.

## **METODOLOGÍA**

**TIPO DE ESTUDIO:** Observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo

### **UNIVERSO DE ESTUDIO.**

Se incluyeron a todas las pacientes a quienes se les administró dinoprostona gel, en los servicios de obstetricia (3er y 4to piso) de la UMAE. "Luís Castelazo Ayala".

Durante un periodo de 4 meses.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Embarazos de término.
- Producto vivo.
- Administración de dinoprostona gel.

### **CRITERIOS DE NO-INCLUSION.**

- Intolerancia y/o alergia a la dinoprostona gel.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Expediente incompleto o inexistente

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Reporte hospitalario. En la UMAE, "Luís Castelazo Ayala"

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Dinoprostona gel.

### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

El reporte hospitalario: se considero a los eventos que se susciten posteriores a la administración del fármaco (porcentaje de partos y/o cesáreas, número de dosis aplicadas, el tiempo transcurrido durante el trabajo de parto) hasta el momento de la resolución del embarazo.

**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

La administración de dinoprostona gel: se considero a la aplicación a través de vía local del fármaco independientemente del sitio de administración y del número de dosis aplicadas.

**VARIABLE DEPENDIENTE:**

Cuantitativas continuas y discontinuas.

**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Cualitativa nominal.

**DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO.**

Se consultaron las libretas que se encuentran en los servicios de obstetricia de las pacientes a quienes se les administro dinoprostona gel, posteriormente se consultaron sus expedientes en el archivo clínico para captar toda la información contenida en la hoja de recolección de datos.

**TAMAÑO DE LA MUESTRA.**

- Se estudiaron 400 embarazadas durante 4 meses del 1ro de Julio al 31 de Octubre del 2008.

**SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION:**

- Ver hoja de recolección de datos.

## **ANALISIS ESTADISTICO.**

- Se utilizaron pruebas descriptivas para caracterizar todos los rubros que intervienen en el proceso de utilización de la dinoprostona.
- Para la comparación entre los grupos y los subgrupos de pacientes se utilizó una prueba de comparación entre dos grupos independientes de acuerdo a la distribución de los datos (U de Mann-Whitney) mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Program for Social Sciences) versión 16.0.
- Se utilizó la prueba  $X^2$  para comparar la paridad y la vía de resolución del embarazo.

## **RECURSOS**

### **HUMANOS**

Investigadores responsables y colaboradores

### **AMBITO GEOGRAFICO**

UMAE "LUIS CASTELAZO AYALA".

Servicio de Obstetricia.

### **DURACIÓN**

4 meses

## **ASPECTOS ÉTICOS**

No requiere carta de consentimiento informado por ser un estudio observacional, retrospectivo en el que toda la información requerida se encuentra inmersa en los expedientes clínicos, no obstante, se conservo la confidencialidad y el anonimato de pacientes y médicos tratantes. No existen conflictos de interés en el presente estudio, toda vez que simplemente se recabo la información generada y no se intervendrá con la prescripción del fármaco, ni con la valoración de las pacientes.

## RESULTADOS

La recolección de datos se llevó a cabo durante el periodo comprendido entre el 01 de julio y el 31 de octubre del 2008.

Se incluyeron 400 pacientes a quienes se les administro dinoprostona gel. De los pisos 3ro y 4to de obstetricia.

La edad materna en las primigestas fue menor en quienes tuvieron un parto vaginal. Que en quienes se sometieron a operación cesárea ( $p < 0.017$ ), situación que fue diferente en multigestas quienes tuvieron edad similar. (Tabla 1)

En relación a los dias de embarazo se encontró que las primigestas sometidas a operación cesárea tuvieron menos dias de gestación que quienes tuvieron un parto ( $<0.001$ ), situación que no se refleja en las multigestas quienes tuvieron dias de gestación semejantes.

En referencia a el numero de dosis aplicadas se encontró que a pesar de que la mediana fue similar en ambos grupos de mujeres primigestas, en las sometidas a operación cesárea se requirió un mayor número de dosis que quienes tuvieron un parto vaginal, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ), y en el grupo de las multigestas se observo que las pacientes sometidas a operación cesárea utilizaron menos dosis que las que tuvieron parto por vía vaginal aun que la mediana fue similar en ambos grupos ( $p < 0.001$ ). Con lo que respecta al tiempo transcurrido desde la primera dosis hasta el nacimiento se observo que las primigestas que se sometieron a operación cesárea tuvieron el mayor tiempo comparada con las que tuvieron un parto vaginal ( $p < 0.004$ ), siendo similar en el grupo de las multigestas con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ).

**Tabla 1. datos generales del grupo de estudio**

Variables	Primigestas			Multigestas		
	Cesáreas	Partos	p	Cesáreas	Partos	p
Edad materna	25.3 ± 4.9	23.8 ± 4.3	0.017*	28.1 ± 4.5	28.0 ± 5.0	0.994
Días de gestación	280 (259-294)	284 (266-303)	0.001*	280 (266-285)	280 (259-293)	0.858
Número de dosis aplicadas	2 (1-7)	2 (1-5)	0.001*	2 (1-4)	2 (1-5)	0.001*
Tiempo transcurrido desde la primera dosis hasta el nacimiento (min)	1494.9 ± 874.4	1214 ± 772.1	0.004*	1589.0 ± 955.2	1007.3 ± 758.9	0.001*
Peso del neonato (g)	3250 (2250-4260)	3150 (2470-4250)	0.125	3250 (2650-4075)	3219 (2350-4265)	0.475
Edad del neonato por Capurro	40 (37-42)	40 (37-42)	0.956	39 (36-42)	39 (36-42)	0.913

\*p<0.005

**Fuente: Análisis estadístico programa SPSS V.16.0**

La administración de dinoprostona se asocio mayor mente al nacimiento por vía vaginal en aproximadamente 2/3 partes de los nacimientos, independientemente de la paridad de las embarazadas (tabla II). No obstante la respuesta al uso de dinoprostona fue menor en las primigestas ya que el 40% de ellas resolvieron su embarazo mediante operación cesárea, lo que contrasta con las multigestas quienes solamente el 19% (la mitad de las primigestas) se realizo operación cesárea.

**Tabla II. Porcentaje de mujeres sometidas a maduración cervical de acuerdo a la paridad y resolución del embarazo.**

	Cesárea	Parto	
Primigestas	25	38	63
Multigestas	7	30	37
	32	68	100

Prueba X<sup>2</sup>; P< 0.05

**Fuente: Análisis estadístico programa SPSS V.16.0**

## Discusión

En las pacientes primigestas se vio que las pacientes que fueron sometidas a operación cesárea tenían menos días de gestación y se utilizaron más dosis de dinoprostona y por lo consiguiente más tiempo hasta el momento del nacimiento lo que nos indica que estamos ante un cérvix aun resistente o ante una desproporción cefalopelvica. No siendo así en las multigestas donde los días de gestación fueron similares e inclusive se utilizó mas dosis en la que obtuvieron parto vaginal a las que se sometieron a operación cesárea y el tiempo de nacimiento si fue significativo donde las pacientes que se sometieron a cesárea tuvieron el tiempo más largo.

Con respecto al porcentaje de acuerdo a la paridad y resolución del embarazo cabe preguntar si estuvo bien indicada la prescripción de la dinoprostona ya que el 32% de las pacientes se les practico operación cesárea, cómo explicar que 1 de cada 3 no tenga parto, y lo más importante justificar el gasto económico en la compra del medicamento. No sé a encontrado literatura donde podremos comparar nuestros resultados con respecto a nuestras variables, ya que la literatura menciona la efectividad de la dinoprostona comparada con placebos, oxitocina, misoprostol en donde con las dos primeras se observa mejores resultados pero no así con el misoprostol con respecto al tiempo.

Al ser un estudio que evaluó el uso de dinoprostona entre grupos semejantes de pacientes los resultados son validos y deben dar elementos suficientes para la toma de decisiones previamente a la maduración cervical. Este estudio por su diseño no contemplo a la valoración cervical como un criterio para decidir la utilización de dinoprostona puesto que solo se estudio a quienes por indicación médica rutinaria había sido seleccionada para a aplicación del fármaco de tal manera las pacientes no fueron aleatorizados. Esto limita obtener conclusiones sobre el peso específico de algunas variables como la edad materna sobre el resultado final del estudio. Por ello deberá considerarse ahondar de una manera más puntual en futuros trabajos de investigación en el área de maduración cervical.

## **Conclusiones**

- 1.- La edad materna fue menor en las primigestas sometidas a parto en comparación con las que se les practico operación cesáreas.
- 2.- Los días de gestación fue menor en las primigestas a las que se le practico operación cesárea en comparación con las que se sometieron a un parto.
- 3.- El número de dosis aplicadas fue mayor en las primigestas a las que se le practico operación cesárea en comparación con las sometidas a un parto. Y en las multigestas se les aplico más a las que se sometieron a parto comparadas con las que se le realizo cesárea.
- 4.- El tiempo transcurrido desde la primera dosis hasta el nacimiento en las primigestas fue mayor en las que se les practico operación cesárea comparada con las sometidas a un parto vaginal. En el grupo de las multigestas el resultado fue similar.
- 5.- El 32% de las pacientes se les practico operación cesárea y el 68% la resolución del embarazo fue por parto vaginal.
- 6.- Con respecto a la paridad el 63% fueron primigestas y el 37% multigestas.

## BIBLIOGRAFIA

1. - Holger M, Lynette M, Robert E. cervical ripening:biochemical, Molecular, and Clinical Considerations. *Clinical Obstetrics North Am* 2006; 49: 551-563.
2. - Keri A, Rodney K. Preinduction Cervical Assessment. *Clinical Obstetrics North Am* 2006; 49: 564-572.
3. - Joan M. Factors predicting Labor Induction Success: A Critical Analysis. *Clinical Obstetrics North Am* 2006; 49: 573-584.
4. - Monique L, Dwight J. What Is a Failed labor Induction? *Clinical Obstetrics North Am* 2006; 49: 585-593.
5. - Jennifer G, David C. Oxytocin for Induction of Labor. *Clinical Obstetrics North Am* 2006; 49: 594-608.
6. - Marc J, Frcog F. Natural Prostaglandins for induction of Labor and Preinduction Cervical Ripening. *Clinical Obstetrics North Am* 2006; 49: 609-626.
7. - Maulin J, Newman Roger B. Prior caesarean: A contraindication to labor induction? *Clinical Obstetrics North Am* 2006; 49: 609-626.
8. Sanchez-Ramos L, Gaudier F, Kaunitz AM. Cervical ripening and labor induction after previous *cesarean* delivery. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43:513–523.

## ANEXO 1

### HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS:

NOMBRE DE LA PACIENTE:

\_\_\_\_\_

NSS. \_\_\_\_\_

EDAD. \_\_\_\_\_

GESTAS: \_\_\_\_\_ . PARTOS \_\_\_\_\_, CESAREAS \_\_\_\_\_, ABORTOS: \_\_\_\_\_

SEMANAS DE GESTACION AL INICIO DE LA APLICACIÓN DE

DINOPROSTONA \_\_\_\_\_;

INDICACION DE LA PRESCRIPCIÓN DE DINOPROSTONA

GEL. \_\_\_\_\_.

VALORACION DE LA PELVIS SI ( ), NO ( ).

¿SE VALORO LA MADUREZ CERVICAL ANTES DE LA INDUCCIÓN? SI ( ),

NO ( )

INDICE DE BISHOP \_\_\_\_\_ PUNTOS.

PSS REACTIVA ANTES DE LA PRESCRIPCIÓN SI ( ), NO ( ).

INDICE DE LIQUIDO AMNIOTICO ANTES DEL PROCEDIMIENTO SI ( ), NO ( ).

LONGITUD CERVICAL TUVO POR USG \_\_\_\_\_

¿CUANTAS DOSIS SE APLICARON? \_\_\_\_\_

¿SE MONITORIZO LA MADUREZ CERVICAL? SI ( ), NO ( ):

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA PRIMERA APLICACIÓN DE

DINOPROSTONA Y EL NACIMIENTO \_\_\_\_\_ HRS.

VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

PARTO EUTOCICO \_\_\_\_\_

PARTO DISTOCICO. \_\_\_\_\_

CESAREA \_\_\_\_\_ . INDICACION:

\_\_\_\_\_

HALLAZGOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_